



# Mutuelle Centrale des Finances

Mutuelle n° 302 976 568

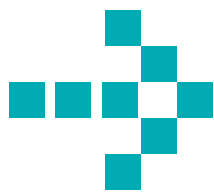
Régie par le livre II du Code de la Mutualité

# Règlement maladie

Offre MCF Santé Plus

# 2019





# RÈGLEMENT MALADIE

## SECTION I – Prestations

**Article 1** - Les adhérents ont le choix entre les trois offres santé suivantes :

- MCF Santé ;
- MCF Santé Plus ;
- MCF Prévention.

Pour chacune de ses offres, une grille prestataire spécifique est établie et reprise dans le présent règlement.

La durée minimale de séjour dans une offre est de deux ans et toute demande de changement doit être présentée avant le 30 septembre de l'année précédant celle où l'adhérent souhaite que ce changement d'offre prenne effet.

Ce délai de deux ans n'est pas appliqué aux adhérents éligibles à l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), qui peuvent changer d'offre santé dès l'obtention de l'ACS et revenir à l'offre initiale dès que l'ACS prend fin. Cette disposition s'applique à compter du 1<sup>er</sup> août 2015.

Les adhérents dont le conjoint bénéficie d'un contrat groupe d'entreprise couvrant obligatoirement sa famille peuvent opter, en cours d'année, pour les offres suivantes :

- OPTIQUE Plus

et/ou

- CHIRURGIE Plus.

L'offre OPTIQUE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les verres soit égal à zéro. L'offre CHIRURGIE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les actes chirurgicaux effectués en milieu hospitalier soit égal à zéro.

Compte-tenu des prestations proposées, les offres OPTIQUE Plus et CHIRURGIE Plus ne sont pas éligibles à la notion de contrats responsables et, à ce titre, ne peuvent pas bénéficier d'une taxation minorée.

Les prestations du service « Frais de Maladie » viennent en complément des prestations en nature d'assurance maladie et d'assurance maternité servies par l'assurance maladie obligatoire et ce, dans la limite du prix payé.

Toutefois, dans certains cas, la Mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de frais de santé non pris en charge par le régime obligatoire. Ces participations sont indiquées dans les grilles prestataires de chaque offre.

À compter de l'entrée en vigueur respective de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), pour les soins ambulatoires, et de la tarification à l'activité (T2A), pour les soins hospitaliers, les nouvelles grilles de prestation (grilles CCAM/T2A) se substituent aux anciennes grilles ci-dessous (grille NGAP, pour les soins ambulatoires ; tarification au prix de journée, pour les soins hospitaliers), maintenues en vigueur jusqu'à réalisation de cette condition suspensive.

Dans le cadre de la CCAM, pour les risques ambulatoires, la participation de la Mutuelle est limitée au montant du ticket modérateur correspondant à la différence entre la base de remboursement risque obligatoire et la participation de la Sécurité sociale. Pour les remboursements de frais pharmaceutiques, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire, soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, lorsqu'il en existe

un, soit sur la base du tarif public pour les autres médicaments, dans les conditions et limites fixées dans les grilles prestataires de chaque offre santé.

Conformément aux règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014, pour la qualification des contrats solidaires et responsables, le remboursement des équipements d'optique médicale est limité à un équipement par an pour les enfants de moins de 18 ans et à un équipement tous les deux ans pour les adhérents et leurs bénéficiaires de plus de 18 ans.

Pour le calcul de ces délais est retenue la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017). La gestion du risque hospitalisation est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P.

La gestion du risque dentaire est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P., avec maintien des participations MCF lorsqu'elles permettent d'accorder un meilleur remboursement aux adhérents.

Les soins reçus à l'étranger par les élèves de l'Ecole Nationale d'Administration, lors des stages de formation obligatoires, sont couverts par la Mutuelle, de telle sorte que le reste à charge de l'adhérent soit limité à 10% des dépenses totales, exception faite des soins prothétiques et des dépenses d'optique médicale pour lesquels la grille statutaire s'applique sans dérogation.

Pour les adhérents bénéficiant du régime obligatoire servi par la caisse de compensation des prestations familiales des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle Calédonie (CAFAT) ou de la CPS (Caisse de Prévoyance Sociale), la participation de la Mutuelle est égale au montant du ticket modérateur laissé à leur charge par cet organisme. Pour les soins non pris en charge par la CAFAT ou la CPS mais donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de la Sécurité sociale, la participation de la Mutuelle sera égale à ce qui est prévu dans la grille prestataire correspondant à l'offre choisie par l'adhérent.

## Article 2 - Contrats responsables

Les offres santé MCF Santé, MCF Santé Plus et MCF Prévention sont toutes éligibles à la notion de contrats solidaires et responsables.

À ce titre, d'une part, il n'y a aucune sélection médicale lors de la souscription de ces trois offres et, d'autre part, ses grilles prestataires sont établies dans le respect des règles instaurées par la loi L2004-810 du 13 août 2004 et l'article 56 de la LFSS 2014.

En particulier :

1. La Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire pour les consultations et les actes médicaux dispensés par les médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie (article 20 de la loi L2004-810 du 13 août 2004) ;

- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, lors de l'achat d'un médicament mentionné aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 de Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ; aux

actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation et aux transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale effectués en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence (article 52 de la loi L.2007-1786 du 19 décembre 2007) ;

- La majoration de la participation des assurés en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant (article 7 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004), à savoir les actes effectués hors parcours de soins ;

- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (article 3 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;

- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée (article 6 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;

- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant (article 8 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004).

## 2. La Mutuelle prend en charge :

- Les actes de prévention mentionnés dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code ;

- L'intégralité du ticket modérateur pour tous les actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire (sauf les médicaments remboursés à 15%) effectués dans le cadre du parcours de soins ;

- Le forfait journalier en cas d'hospitalisation, sans limitation ;

- La participation forfaitaire de 24 € (décret 2006-707 du 19 juin 2006) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;

- Les dépassements de tarif en optique médicale dans le respect des planchers et plafonds et dans la limite d'un équipement tous les deux ans (sauf en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs - pour ces derniers, un équipement par an est autorisé), règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014 et précisées par le décret du 19 novembre 2014 - Pour le calcul de ce délai de deux ans est retenu la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017) ;

- Lorsque la garantie prévoit une participation aux dépassements d'honoraires, si le professionnel de santé n'a pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO), la participation ne peut être supérieure à 100% du tarif de base de la Sécurité sociale et, si le professionnel de santé a signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, la participation Mutuelle est supérieure de 20%, au minimum, de celle prévue pour ceux n'ayant pas signé ce contrat.

Par ailleurs, la Mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition.

**Article 3** - La garantie du service « Frais de Maladie » s'étend obligatoirement et seulement à tous les membres de la famille du membre participant ou du bénéficiaire cotisant, qualifiés d'ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Toutefois, en cas de divorce ou de séparation, la réglementation de la Sécurité sociale autorise la double affiliation des enfants, sur le compte de leur père et sur celui de leur mère. Aussi, le membre participant ou le bénéficiaire cotisant se trouvant dans cette situation, peut demander, justificatif à l'appui, que ses enfants ayants droit ne bénéficient pas de la couverture mutualiste complémentaire.

**Article 4** - Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la

charge effective de l'adhérent. Il s'effectue, pour les bénéficiaires cotisants, sur présentation des décomptes originaux établis par leur Caisse d'Assurance Maladie.

## SECTION II – Cotisations

**Article 5** - La cotisation mensuelle du service « frais de maladie » des adhérents âgés de moins de 35 ans, membres participants ou bénéficiaires cotisants est fixée forfaitairement, sans tenir compte des revenus. Celle des adhérents, membres participants, bénéficiaires cotisants, veufs ou veuves d'un membre participant ou d'un bénéficiaire cotisant, de 35 ans et plus, est fixée forfaitairement selon les tranches de ressources figurant aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement, et en tenant compte du nombre de personnes garanties.

Est retenu :

- pour les membres participants actifs, le montant total des rémunérations (salaire + primes + indemnités) perçues au cours de l'année n-2.

- pour les bénéficiaires cotisants indépendants non retraités, le montant du revenu net imposable d'activité professionnelle de l'année n-2.

- pour les retraités, membres participants et bénéficiaires cotisants, le montant net imposable figurant sur la ligne « pensions, retraites, rentes » de leur dernier avis d'imposition.

Les adhérents doivent communiquer avant le 30 septembre de chaque année les justificatifs de leurs nouvelles ressources. À défaut, la cotisation plafond est appliquée.

Ces cotisations sont dues intégralement du premier jour du mois d'inscription.

La radiation des bénéficiaires cotisants, conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité, concubins ou enfants d'un membre participant, et celle des ayants droit, ne peuvent intervenir avant la date de dépôt de la demande.

À défaut de présentation des documents nécessaires à la détermination des tranches de ressources définies aux tableaux des grilles de cotisations ci-après, c'est la cotisation plafond qui sera appliquée.

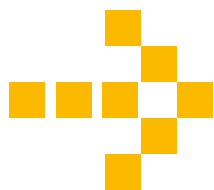
**Article 6** - Les membres participants suivant une scolarité dans un établissement de formation de la Fonction publique (E.N.A., I.R.A., autres...) se voient appliquer une cotisation spécifique mentionnée aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement.

La cotisation du service « Frais de Maladie » des membres participants éligibles à la Couverture Maladie Universelle est prise en charge intégralement, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, par la Mutuelle.

Depuis le 1<sup>er</sup> août 2015, sur présentation de l'accord de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les adhérents bénéficiaires de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) disposent d'une réduction de leurs cotisations à la garantie « frais de maladie » égale au montant de l'aide dont ils auraient bénéficié s'ils avaient souscrit à un contrat d'assurance de santé labellisé dans le cadre de l'ACS. À tranche de revenus identique, cette réduction est limitée au montant annuel de la cotisation correspondant à l'offre MCF Santé.

## SECTION III – Règlement des litiges

**Article 7** - En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au Médiateur Fédéral de la Mutualité française. Le règlement de la médiation fédérale est disponible sur le site internet de la Mutuelle. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et règlements mutualistes, les bulletins d'adhésion, notices contrats collectifs et tous autres documents d'information.



# GRILLE DES PRESTATIONS

## MCF SANTÉ PLUS

### POUR L'ANNÉE 2019

## SOINS COURANTS NGAP

### Nomenclature Générale des Actes Professionnels

#### AVERTISSEMENT

Les taux de participation Sécurité sociale et en conséquence les taux de couverture totale sont donnés à titre indicatif, la Mutuelle ne s'engageant que sur ses propres taux d'intervention.

| Nature des soins   | SS                  | MCF Santé Plus   | Total  |
|--|---------------------|--|--|
| Soins externes en milieu hospitalier public (y compris centres médicaux et d'optique de la Fédération Interdépartementale de la Région Parisienne)                 | 60% - 65% ou 70% BR | 40% - 35% ou 30% BR  | 100% BR  |
| Consultations des médecins généralistes ayant signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée   | 70% BR              | 30% BR<br>+ 12 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés | 100%<br>+ 12 €, dans la limite du prix payé        |
| Consultations des médecins généralistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée   | 70% BR              | 30% BR<br>+ 7 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés  | 100%<br>+ 7 €, dans la limite du prix payé         |
| Consultations des médecins spécialistes ayant signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée   | 70% BR              | 30% BR<br>+ 13 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés | 100%<br>+ 13 €, dans la limite du prix payé        |
| Consultations des médecins spécialistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée   | 70% BR              | 30% BR<br>+ 8 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés  | 100% + 8 €<br>dans la limite du prix payé          |
| Consultations des médecins psychiatres ayant signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée  | 70% BR              | 30% BR<br>+ 13 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés | 100% + 13 €,<br>dans la limite du prix payé        |
| Consultations des médecins psychiatres n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée  | 70% BR              | 30% BR<br>+ 4 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés  | 100%<br>+ 4 €, dans la limite du prix payé         |
| Consultations des médecins non conventionnés   | 70% BR              | 30% BR   | 100% BR  |
| Consultation d'ostéopathie médicale (effectuée chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et chiropratique |                     | 20 € par acte<br>dans la limite de 4 par an  | 20 € par acte<br>dans la limite de 4 par an        |
| Consultation de Médecin acupuncteur  |                     | 10 €   | 10 €   |
| Analyses / Masseurs* / Orthophonistes* / Orthoptistes*   | 60% BR              | 40% BR   | 100% BR  |
| Pédicures* actes pris en charge par la Sécurité sociale  | 60% BR              | 40% BR   | 100% BR  |
| Pédicures* actes pris en charge ou non par la Sécurité sociale (sur présentation d'une prescription médicale)  |                     | 30 €   | 30 € dans la limite de 3 séances par an            |
| Recherche du Cholestérol HDL   |                     | 15 €<br>dans la limite du prix payé  | 15 € dans la limite du prix payé                   |
| Examens de laboratoire médicalement prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale  |                     | Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé   | Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé |
| Infirmiers   | 60% BR              | 40% BR   | 100% BR  |
| Sages-femmes   | 70% BR              | 30% BR   | 100% BR  |
| Transports   | 65% BR              | 35% BR   | 100% BR  |

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

\* Prise en charge Sécurité sociale parfois soumise à entente préalable

## SOINS COURANTS CCAM

### Classification Commune des Actes Médicaux

| Nature des soins  | Codes regroupement | SS                | MCF Santé Plus     | Total              |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)                                | ADC                | 70% BR            | 30% BR             | 100% BR            |
| Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostic, acte de médecine nucléaire diagnostic | ADI                | 70% BR            | 30% BR             | 100% BR            |
| Actes d'échographie / doppler   | ADE                | 70% BR            | 30% BR             | 100% BR            |
| Actes de diagnostic, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique*                               | ATM                | 70% BR<br>100% BR | 130% BR<br>100% BR | 200% BR<br>200% BR |

\* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 70% de la base de remboursement Sécurité sociale (BR) si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

## HOSPITALISATION HORS T2A

(Tarification À l'Activité)

Autres services que médecine, chirurgie et obstétrique

### → Hôpitaux publics

| Nature des soins  | SS                | MCF Santé Plus                  | Total SS + MCF Santé Plus | RFH                 | Total SS + RFH |
|---|-------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------|
| Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)  | 100% BR ou 80% BR | 100% BR                         | 200% BR ou 180% BR        | - ou 20% BR         | 100% BR        |
| Chirurgie Ambulatoire*  | 100% BR ou 80% BR | 100% BR                         | 200% BR ou 180% BR        | - ou 20% BR         | 100% BR        |
| Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire   |                   | 15 €                            |                           | 15 €                |                |
| Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)   |                   | 20 €                            |                           | 20 €                |                |
| Chambre particulière et frais d'accompagnement<br>Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie |                   | Dans la limite de 33 € par jour |                           | Selon tarif négocié |                |

\* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% de la BR si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

## → Cliniques privées

| Nature des soins  | SS                   | MCF Santé Plus                        | Total SS + MCF Santé Plus | RFH                    | Total SS + RFH |
|---|----------------------|---------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|
| Prix de journée   | 100% BR<br>ou 80% BR | 100% BR                               | 200% BR<br>ou 180% BR     | -<br>ou 20% BR         | 100% BR        |
| Honoraires médicaux*<br>(hors CCAM)   | 100% BR<br>ou 80% BR | 100% BR                               | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR    | 150% BR        |
| Actes chirurgicaux* (code<br>regroupement CCAM = ADC)   | 100% BR<br>ou 80% BR | 100% BR                               | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR    | 150% BR        |
| Chirurgie ambulatoire* (code<br>regroupement CCAM = ADC)  | 100% BR<br>ou 80% BR | 100% BR                               | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR    | 150% BR        |
| Forfait d'hébergement en<br>cas de séjour hospitalier en<br>ambulatoire   |                      | 15 €                                  |                           | 15 €                   |                |
| Actes d'anesthésie<br>réanimation* (code<br>regroupement CCAM = ADA)  | 100% BR<br>ou 80% BR | 100% BR                               | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR    | 150% BR        |
| Forfait journalier (à hauteur du<br>montant pris en charge dans le<br>cadre du RFH)   |                      | 20 €                                  |                           | 20 €                   |                |
| Chambre particulière et frais<br>d'accompagnement<br>Hébergement en structure<br>hospitalière suite à une<br>intervention chirurgicale avec<br>anesthésie |                      | Dans la limite de<br>33 €<br>par jour |                           | Selon tarif<br>négocié |                |

\* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% de la BR si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

## → Maisons de repos

| Nature des soins  | SS                   | MCF Santé Plus | Total SS + MCF Santé Plus | RFH  | Total SS + RFH       |
|---|----------------------|----------------|---------------------------|------|----------------------|
| Prix de journée (incluant les<br>honoraires médicaux)                               | 100% BR<br>ou 80% BR | -<br>ou 20% BR | 100% BR                   |      | 100% BR<br>ou 80% BR |
| Forfait journalier (à hauteur du<br>montant pris en charge dans le<br>cadre du RFH) |                      | 20 €           |                           | 20 € |                      |
| Chambre particulière  |                      |                |                           |      |                      |

## HOSPITALISATION T2A

(Tarification À l'Activité)

Services médecine, chirurgie et obstétrique

### → Hôpitaux publics et cliniques privées

| Nature des soins   | SS                     | MCF Santé Plus                     | Total SS + MCF Santé Plus | RFH                 | Total SS + RFH |
|--|------------------------|------------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------|
| Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (actes inclus dans le Groupe Homogène de Séjour - GHS - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie) | 100% GHS<br>ou 80% GHS | 100% GHS                           | 200% GHS<br>ou 180% GHS   | -<br>ou 20% GHS     | 100% GHS       |
| Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)   | 100% GHT<br>ou 80% GHT | 100% GHT                           | 200% GHT<br>ou 180% GHT   | -<br>ou 20% GHT     | 100% GHT       |
| Forfaits divers non inclus dans le GHS ou le GHT (urgence, matériels, IVG, dialyse, réanimation et surveillance continue)  | 100% BR<br>ou 80% BR   | 100% BR                            | 200% BR<br>ou 180% BR     | -<br>ou 20% BR      | 100% BR        |
| Honoraires médicaux* (hors CCAM)   | 100% BR<br>ou 80% BR   | 100% BR                            | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR | 150% BR        |
| Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)   | 100% BR<br>ou 80% BR   | 100% BR                            | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR | 150% BR        |
| Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)  | 100% BR<br>ou 80% BR   | 100% BR                            | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR | 150% BR        |
| Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire  |                        | 15 €                               |                           | 15 €                |                |
| Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)   | 100% BR<br>ou 80% BR   | 100% BR                            | 200% BR<br>ou 180% BR     | 50% BR<br>ou 70% BR | 150% BR        |
| Accouchements, césariennes (code regroupement CCAM = ACO)  | 100% BR                | 100% BR                            | 200% BR                   | 50% BR              | 150% BR        |
| Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)  |                        | 20 €                               |                           | 20 €                |                |
| Chambre particulière et frais d'accompagnement<br>Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie  |                        | Dans la limite de 33 €<br>par jour |                           | Selon tarif négocié |                |

\* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% de la BR si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

## PHARMACIE

|  | SS                                    | MCF Santé Plus             | Total                                   |
|--|---------------------------------------|----------------------------|---|
| Médicaments appartenant à un même groupe générique et soumis à Tarif Forfaitaire de Responsabilité                               | 100% TFR<br>65% TFR<br>30% TFR        | -<br>35% TFR<br>70% TFR    | 100% TFR<br>100% TFR<br>100% TFR        |
| Autres médicaments   | 100% TP<br>65% TP<br>30% TP<br>15% TP | -<br>35% TP<br>70% TP<br>- | 100% TP<br>100% TP<br>100% TP<br>15% TP |
| Produits et accessoires médicalement prescrits et délivrés en pharmacie (codes regroupement = AAD, AAR, ARO, GLU, MAC, MAD, PAN) | 60% LPP<br>100% LPP                   | 40% LPP<br>-               | 100% LPP<br>100% LPP                    |
| Vaccins et injections (y compris pour les voyages à l'étranger)  |                                       | Prise en charge intégrale  | Prise en charge intégrale               |
| Produits et accessoires médicalement prescrits aux insulino-dépendants et délivrés en pharmacie                                  | 100% LPP                              | Complément prix payé       | Remboursement intégral                  |
| Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale   |                                       | 36 € par an                | 36 € par an                             |

TFR = Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TP = Tarif Public

LPP = Liste des Produits et Prestations



## DENTAIRE (NGAP)

| Nature des soins  | SS                | MCF Santé Plus     | Total              |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|
| Orthodontie   | 70% ou<br>100% BR | 250% BR            | 320% ou<br>350% BR |
| Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale                         |                   | 200 € par semestre | 200 € par semestre |
| Surfaçage dentaire<br>(dans la limite de deux séances par an)                   |                   | 100 € par séance   | 100 € par séance   |
| Traitement de la maladie parodontale non pris en charge par la Sécurité sociale |                   | 200 € par an       | 200 € par an       |

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

## DENTAIRE CCAM

### Classification Commune des Actes Médicaux

| Nature des soins  | Codes regroupement                     | SS                | MCF Santé Plus   | Total   |
|---|--|-------------------|--|---|
| Soins conservateurs dentaires<br>Actes dentaires, inlay-onlay<br>Endodontie<br>Radios dentaires   | SDE<br>INO<br>END<br>ADI               | 70% BR            | 30% BR   | 100% BR   |
| Parodontologie<br>(si prise en charge par la Sécurité sociale)  | TDS                                    | 70% BR            | 30% BR   | 100% BR   |
| Prothèses dentaires<br>prises en charge par la Sécurité sociale mais non<br>soumises à un plafond de facturation :<br>Prothèse dentaire provisoire<br>Réparation sur prothèse<br>Inlay-core<br>Prothèse fixe métallique<br>Prothèse fixe céramique<br>Prothèse sur implant  | PDT<br>RPN<br>ICO<br>PFM<br>PFC<br>IMP | 70% BR            | 300% BR  | 370% BR   |
| Prothèses dentaires<br>prises en charge par la Sécurité sociale et soumises<br>à un plafond de facturation, composant le panier<br>de soins défini par la convention dentaire (sous<br>réserve qu'elles respectent les critères du panier de<br>soins 100% santé et que le prix limite de vente soit<br>appliqué)           |  | 70% BR            | Prix limite de<br>vente (PLV) moins<br>remboursement<br>Sécurité sociale | Intégralité de la<br>dépense  |
| Prothèses dentaires amovibles<br>prises en charge par la Sécurité sociale mais non<br>soumises à prix limite de vente.  | PAR<br>PAM                             | 70% BR            | 350% BR<br>300% BR   | 420% BR<br>370% BR  |
| Prothèses dentaires amovibles<br>prises en charge par la Sécurité sociale et soumises<br>à un plafond de facturation, composant le panier<br>de soins défini par la convention dentaire (sous<br>réserve qu'elles respectent les critères du panier de<br>soins 100% santé et que le prix limite de vente soit<br>appliqué) |  | 70% BR            | Prix limite de<br>vente (PLV) moins<br>remboursement<br>Sécurité sociale | Intégralité de la<br>dépense  |
| Implantologie<br>(si prise en charge par la Sécurité sociale)   | IMP                                    | 70% BR            | 300% BR  | 370% BR   |
| Implantologie (en l'absence de prise en<br>charge par la Sécurité sociale)<br>(sous réserve que le chirurgien dentiste ou<br>le médecin stomatologiste soit conventionné<br>par la Sécurité sociale)  | IMP                                    |                   | 650 € par année<br>civile, quel que<br>soit le nombre<br>d'implants      | 650 € par année<br>civile, quel que<br>soit le nombre<br>d'implants |
| Traitement d'orthodontie<br>(si prise en charge par la Sécurité sociale)  | TOR                                    | 70% ou<br>100% BR | 250% BR  | 320% ou<br>350% BR  |
| Actes de prophylaxie bucco-dentaire<br>(si prise en charge par la Sécurité sociale)   | AXI                                    | 70% BR            | 30% BR   | 100% BR   |

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

## DENTAIRE

Prothèses dentaires dans le cadre de la convention MFP/CNSD  
(Ces prestations ne s'appliquent que jusqu'au 31/03/2019)

| Nature des soins  | SS              | MCF Santé Plus | Total             |
|---|-----------------|----------------|-------------------|
| Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires   | 70% BR          | 397,95 €       | 473,20 €          |
| Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur les molaires (sauf couronne céramo-céramique)  | 70% BR          | 195,15 €       | 270,40 €          |
| Pose d'une couronne transitoire, uniquement en cas d'urgence ou si la couronne définitive n'est pas effectuée*  |                 | 50,70 €        | 50,70 €           |
| Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique  | 70% BR          | 954,35 €       | 1 150 €           |
| Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) de 3 dents comportant au moins 1 pilier d'ancrage ou 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux | 70% BR          | 1 000 €        | 1 195,65 €        |
| Adjonction d'un élément intermédiaire à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)  | Néant ou 70% BR | 110 €          | 110 € ou 117,53 € |
| Adjonction d'un pilier à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)   | 70% BR          | 110 €          | 185,25 €          |

\* Prise en charge dans le cadre du protocole d'une couronne transitoire ou provisoire isolée, en cas d'urgence ou d'attente thérapeutique d'un minimum de 6 mois sans réalisation d'une couronne  
BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

## OPTIQUE

La participation de la Sécurité sociale est de 60% du tarif de référence

### → Bénéficiaires de moins de 18 ans

Que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

| Code LPP                                 | Caractéristiques des verres   | SS      | MCF Santé Plus | Total (à l'unité) |
|--|---|---------|----------------|-------------------|
| <b>VERRES SIMPLES</b>                    |   |         |                |                   |
| 2261874<br>2242457                       | Verre sphérique de 0 à 6 dioptries<br>bénéficiaires de moins de 18 ans  | 7,22 €  | 210 €          | 217,22 €          |
| 2243304<br>2243540<br>2291088<br>2297441 | Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans   | 16,01 € | 350 €          | 366,01 €          |
| 2273854<br>2248320                       | Verre sphérique supérieur à 10 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans   | 26,98 € | 350 €          | 376,98 €          |
| 2200393<br>2270413                       | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans        | 8,96 €  | 210 €          | 218,96 €          |
| 2283953<br>2219381                       | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans           | 21,77 € | 350 €          | 371,77 €          |
| 2238941<br>2268385                       | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans             | 16,74 € | 350 €          | 366,74 €          |
| 2245036<br>2206800                       | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans               | 27,90 € | 350 €          | 377,90 €          |
| <b>VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS</b> |   |         |                |                   |
| 2259245<br>2264045                       | Verre sphérique de 0 à 4 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans   | 23,51 € | 350 €          | 373,51 €          |
| 2238792<br>2202452                       | Verre sphérique > à 4 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans  | 25,98 € | 350 €          | 375,98 €          |
| 2240671<br>2282221                       | Verre sphéro cylindrique : quel que soit le<br>cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans | 26,16 € | 350 €          | 376,16 €          |
| 2234239<br>2259660                       | Verre sphéro cylindrique : quel que soit<br>le cylindre, sphère > à 8 dioptries,<br>bénéficiaires de moins de 18 ans    | 39,97 € | 350 €          | 389,97 €          |

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Hors réseau OPTILYS

| Code LPP   | Caractéristiques des verres  | SS      | MCF Santé Plus | Total (à l'unité) |
|--|--|---------|----------------|-------------------|
| <b>VERRES SIMPLES (hors réseau OPTILYS)</b>                    |  |         |                |                   |
| 2203240<br>2287916   | Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans  | 1,37 €  | 73,50 €        | 74,87 €           |
| 2280660<br>2282793<br>2263459<br>2265330                       | Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans  | 2,47 €  | 111,50 €       | 113,97 €          |
| 2235776<br>2295896   | Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans  | 4,57 €  | 350 €          | 354,57 €          |
| 2259966<br>2226412   | Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans        | 2,20 €  | 73,50 €        | 75,70 €           |
| 2284527<br>2254868   | Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans           | 4,12 €  | 350 €          | 354,12 €          |
| 2212976<br>2252668   | Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans             | 3,75 €  | 75 €           | 78,75 €           |
| 2288519<br>2299523   | Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans               | 5,67 €  | 350 €          | 355,67 €          |
| <b>VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (hors réseau OPTILYS)</b> |  |         |                |                   |
| 2290396<br>2291183   | Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans  | 4,39 €  | 98,75 €        | 103,14 €          |
| 2245384<br>2295198   | Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans   | 6,49 €  | 400 €          | 406,49 €          |
| 2227038<br>2299180   | Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans | 6,22 €  | 98,75 €        | 104,97 €          |
| 2202239<br>2252042   | Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans    | 14,72 € | 400 €          | 414,72 €          |

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Opticiens conventionnés du réseau OPTILYS

| Code LPP  | Caractéristiques des verres  | SS      | MCF Santé Plus | Total (à l'unité) |
|---|--|---------|----------------|-------------------|
| <b>VERRES SIMPLES (réseau OPTILYS)</b>                    |  |         |                |                   |
| 2203240<br>2287916  | Verre sphérique de 0 à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans   | 1,37 €  | 93,50 €        | 94,87 €           |
| 2280660<br>2282793<br>2263459<br>2265330                  | Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans   | 2,47 €  | 131,50 €       | 133,97 €          |
| 2235776<br>2295896  | Verre sphérique supérieur à 10 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans   | 4,57 €  | 350 €          | 354,57 €          |
| 2259966<br>2226412  | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans        | 2,20 €  | 93,50 €        | 95,70 €           |
| 2284527<br>2254868  | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans           | 4,12 €  | 350 €          | 354,12 €          |
| 2212976<br>2252668  | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans             | 3,75 €  | 93,50 €        | 97,25 €           |
| 2288519<br>2299523  | Verre sphéro cylindrique :<br>cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans               | 5,67 €  | 350 €          | 355,67 €          |
| <b>VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (réseau OPTILYS)</b> |  |         |                |                   |
| 2290396<br>2291183  | Verre sphérique de 0 à 4 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans   | 4,39 €  | 118,75 €       | 123,14 €          |
| 2245384<br>2295198  | Verre sphérique > à 4 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans  | 6,49 €  | 400 €          | 406,49 €          |
| 2227038<br>2299180  | Verre sphéro cylindrique : quel que soit<br>le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans | 6,22 €  | 118,75 €       | 124,97 €          |
| 2202239<br>2252042  | Verre sphéro cylindrique : quel que soit<br>le cylindre, sphère > à 8 dioptries,<br>bénéficiaires de plus de 18 ans    | 14,72 € | 400 €          | 414,72 €          |

## → Compléments

Quel que soit l'âge du bénéficiaire et que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

| Code LPP                 | Nature de l'équipement  | SS           | MCF Santé Plus   | Total (à l'unité)  |
|--------------------------|---|--------------|--|--|
| <b>LENTILLES</b>         |   |              |  |  |
| 2251545                  | Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale   | 23,69 €      | 65 €   | 88,69 €  |
|                          | Lentilles de contact sphériques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an) |              | 65 €   | 65 €   |
|                          | Lentilles de contact toriques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)   |              | 65 €   | 65 €   |
| <b>MONTURE</b>           |   |              |  |  |
| 2210546                  | Bénéficiaires de moins de 18 ans  | 18,29 €      | 50 €   | 68,29 €  |
| 2223342                  | Bénéficiaires de plus de 18 ans   | 1,70 €       | 50 €   | 51,70 €  |
| <b>CAS PARTICULIERS</b>  |   |              |  |  |
|                          | En cas d'opération de la cataracte ou de dégénérescence maculaire   | 60%          | Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 | Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 |
| <b>SUPLÉMENTS DIVERS</b> |   |              |  |  |
| 2269025                  | Filtre occlusion (bénéficiaire de moins de 6 ans)   | 60%          | 7,62 €   | 10 €   |
| 2227920                  | Prisme souple (bénéficiaire de moins de 6 ans)  | 60%          | 15,43 €  | 30 €   |
| 2227908                  | Lunettes à coque (bénéficiaire de moins de 6 ans)   | 60%          | 22,25 €  | 50 €   |
| 2287862<br>2247905       | Prisme incorporé  | 60%          | 9,60 € ou 17,42 €  | 20 €   |
| 2293957                  | Système antiptosis  | 60%          | 49,76 €  | 100 €  |
| 2222408                  | Filtre chromatique ou UV  | 60% ou néant | 14,05 € ou 20 €  | 20 €   |
| 2204066<br>2278219       | Verres iséiconiques   | Néant        | 28 €   | 28 €   |
| 2246716<br>2274109       | Sphère supérieure à 20 dioptries  | 60%          | 21,08 € ou 27,73 €   | 30 €   |
|                          | Chirurgie réfractive  |              | 350 € par an et par œil  | 350 € par an et par œil  |

## PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Autres que dentaires

### SOINS ET APPAREILS

(attention : certains appareillages sont soumis à la formalité de l'entente préalable)

| Nature appareillage  | Codes regroupement          | SS                  | MCF Santé Plus       | Total                |
|--|-----------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| Appareil auditif   | PAU                         | 60% LPP             | 800 €                | 60% LPP + 800 €      |
| Prothèse oculaire  | POC                         | 100% LPP            | 200% LPP             | 300% LPP             |
| Prothèse capillaire  |                             | 60% LPP             | 200% LPP             | 260% LPP             |
| Semelles et chaussures orthopédiques   | COR                         | 60% LPP<br>100% LPP | 200% LPP<br>200% LPP | 260% LPP<br>300% LPP |
| Orthèses, Prothèses internes et externes, Orthoprothèses, Véhicule pour handicapés | ORP, PA, PII, PEX, PME, VEH | 60% LPP<br>100% LPP | 200% LPP<br>200% LPP | 260% LPP<br>300% LPP |
| Autre appareillage ; Location ou achat   |                             | 60% LPP<br>100% LPP | 40% LPP              | 100% LPP             |

### APPAREILS AUDITIFS

(Participation Mutuelle applicable dès que les décrets fixant les prix limites de vente et l'application des critères du 100% santé seront parus ou dès que la convention audioprothésistes sera signée)

|                 | Appareil auditif de classe 1<br>(tarification soumise à plafond) |                    |               | Appareil auditif de classe 2<br>(tarification libre) |                |  |
|-----------------|--|--------------------|---------------|--|----------------|--|
|                 | BR   | MCF Santé Plus     | SS + Mutuelle | BR   | MCF Santé Plus | SS + Mutuelle                            |
| Moins de 20 ans | 1 400 €<br>(plafond de facturation 1 400 €)                      | 0 ou 560 €         | 1 400 €       | 1 400 €  | 800 €          | 1 640 €<br>(dans la limite du prix payé) |
| > ou = 20 ans   | 300 €<br>(plafond de facturation 1 300 €)                        | 1 120 € ou 1 000 € | 1 300 €       | 300 €  | 800 €          | 980 €                                    |

## CURES THERMALES

| Acte  | SS                  | MCF Santé Plus | Total                |
|---|---------------------|----------------|----------------------|
| Honoraires  | 70% BR              | 30% BR         | 100% BR              |
| Frais établissement thermal                         | 65% TFR<br>100% TFR | 35% TFR<br>-   | 100% TFR<br>100% TFR |
| Prestations légales hébergement - Transport         | 65% BR              | 35% BR         | 100% BR              |
| Prestations supplémentaires hébergement - Transport | 65% BR              | 35% BR         | 100% BR              |

BR = Base de Remboursement Sécurité sociale

TFR = Tarif Forfaitaire de Responsabilité (base de remboursement Sécurité sociale)

## DIVERS

| Acte  | SS                 | MCF Santé Plus     | Total   |
|---|--------------------|--------------------|---------|
| IVG chirurgicale ou médicamenteuse  | 65%, 70% ou 80% BR | 35%, 30% ou 20% BR | 100% BR |
| Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale |                    | 23 €               | 23 €    |

## INTERVENTIONS HORS SÉCURITÉ SOCIALE

|  |   |  |
|--|---|--|
| Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale                                 | Forfait de 152,50 €   | 152,50 € dans la limite du prix payé et sur justificatif médical, pour les adhérentes de plus de 30 ans  |
| Maternité assistée (fécondation in vitro)  | Forfait de 155 €  | Par séance, dans la limite de la dépense engagée et de quatre séances pour l'ensemble du traitement, aux fins de compensation de tout ou partie des frais de transport et d'hébergement liés au traitement<br>Ce forfait est versé sur présentation des justificatifs médicaux et des factures correspondant aux frais engagés |
| Vaccin anti-grippal  | Prise en charge intégrale   | Prise en charge du montant du vaccin, s'il est inscrit sur la liste retenue par la CNAM et des frais liés à l'injection du vaccin si elle est effectuée par un auxiliaire médical  |
| Examen de densitométrie osseuse  | Forfait de 45 €   | Dans la limite du prix payé et d'un examen tous les deux ans, pour les adhérents âgés d'au moins 45 ans  |
| Bilan et traitement de psychothérapie et d'ergothérapie                                  | Bilan : Forfait de 50 €<br>Traitement : Forfait de 30 € par séance  | Participation dans la limite de la dépense engagée, pour les ayants droit jusqu'à leur 18 <sup>e</sup> anniversaire, sous réserve de prescription médicale   |
| Coloscopie virtuelle   | Prix payé   | Prix payé  |
| Pose d'un holter   | Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale            | Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale   |
| Test ADN pour la recherche de la trisomie 21 chez les femmes enceintes de 35 ans et plus | Prix payé   | Prix payé  |
| Autres frais   | Le remboursement de la MCF est de 20% du tarif de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité sociale. |  |

## PRESTATIONS DE PRÉVENTION

Arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code

| Acte  | SS        | MCF Santé Plus | Total   |
|---|-----------|----------------|---------|
| Scellement prophylactique des puits, sillons et fissure   | 70% BR    | 30% BR         | 100% BR |
| Détartrage annuel complet   | 70% BR    | 30% BR         | 100% BR |
| Bilan du langage (AMO24)  | 60% BR    | 40% BR         | 100% BR |
| Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)                                   | 60% BR    | 40% BR         | 100% BR |
| Audiométrie (codes CDQP002, 010, 011, 012 et 015)   | 70% BR    | 30% BR         | 100% BR |
| Ostéodensitométrie  | 70% BR    | 30% BR         | 100% BR |
| Vaccinations : Diphtérie, tétanos et poliomyélite   | 65% ou 0% | 35% ou 100%    | 100%    |
| Coqueluche avant 14 ans   | 65% ou 0% | 35% ou 100%    | 100%    |
| Hépatite B avant 14 ans   | 65% ou 0% | 35% ou 100%    | 100%    |
| BCG avant 6 ans   | 65% ou 0% | 35% ou 100%    | 100%    |
| Rubéole   | 65% ou 0% | 35% ou 100%    | 100%    |
| Haemophilus influenzae B  | 65% ou 0% | 35% ou 100%    | 100%    |
| Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois | 65% ou 0% | 35% ou 100%    | 100%    |



## GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF SANTÉ PLUS » POUR L'ANNÉE 2019

### → I. Cotisations des membres participants et des bénéficiaires cotisants actifs\*

(hors taxes)

| Tranches de revenus annuels  | Cotisation mensuelle (hors taxes) |          |          |
|--|-----------------------------------|----------|----------|
|  | Nombre de personnes garanties**   |          |          |
|  | 1                                 | 2***     | 3***     |
| <b>Adhérent de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)</b>                   | 45,90 €                           | 68,85 €  | 82,62 €  |
| <b>Adhérent de 35 ans et plus,<br/>en fonction des tranches de revenus annuels</b> |                                   |          |          |
| Inférieur ou égal à 13 400 €   | 68,09 €                           | 102,24 € | 119,36 € |
| Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €                               | 73,45 €                           | 109,85 € | 128,54 € |
| Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €                               | 76,70 €                           | 115,01 € | 133,92 € |
| Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €                               | 84,87 €                           | 127,20 € | 148,47 € |
| Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €                               | 91,15 €                           | 137,05 € | 159,79 € |
| Supérieur à 73 100 €   | 97,86 €                           | 146,90 € | 171,22 € |

### → II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants et bénéficiaires cotisants  
(hors taxes)

| Tranches de revenus annuels                          | Cotisation mensuelle (hors taxes) |          |          |
|--|-----------------------------------|----------|----------|
|  | Nombre de personnes garanties**   |          |          |
|  | 1                                 | 2***     | 3***     |
| Inférieur ou égal à 13 400 €                         | 80,97 €                           | 121,60 € | 142,10 € |
| Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 € | 86,45 €                           | 129,44 € | 151,29 € |
| Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 € | 89,58 €                           | 134,14 € | 156,76 € |
| Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 € | 97,86 €                           | 146,80 € | 171,21 € |
| Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 € | 104,37 €                          | 156,44 € | 182,95 € |
| Supérieur à 73 100 €                                 | 110,85 €                          | 166,29 € | 194,06 € |

### → III. Cotisations des autres bénéficiaires

(hors taxes)

| Tranches de revenus annuels  | Cotisation mensuelle (hors taxes) |         |         |
|--|-----------------------------------|---------|---------|
|  | Nombre de personnes garanties**   |         |         |
|  | 1                                 | 2***    | 3***    |
| Membre participant suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique, étudiants, apprentis et bénéficiaires cotisants handicapés | 20,28 €                           | 30,35 € | 35,16 € |

\* Non scolarisés

\*\* L'adhérent et ses ayants-droit au titre de la Sécurité sociale

\*\*\* Pas de majoration au-delà de 3 personnes garanties

### → IV. Cotisations de maintien

40,20 € par an (cette cotisation s'applique aux adhérents qui répondaient aux dispositions des statuts - article 17, alinéa 1 - antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2017).

## Mutuelle Centrale des Finances

Siège social : 5-7 avenue de Paris, CS 40009, 94306 Vincennes cedex  
Tél. : 01 41 74 31 00 / Fax : 01 58 64 30 99 / E-mail : [mcf@mutuellemcf.fr](mailto:mcf@mutuellemcf.fr)



[www.mutuellemcf.fr](http://www.mutuellemcf.fr)